



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

Saúde Mental: do Silenciamento ao Empoderamento

Karolina Rodrigues Acácio

Brasília
Junho de 2019



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

Saúde Mental: do Silenciamento ao Empoderamento

Karolina Rodrigues Acácio

Monografia apresentada à Faculdade de
Psicologia do Centro Universitário de Brasília
– UniCEUB como requisito parcial à
conclusão do curso de Psicologia.
Professor-orientador: Doutora Tania Inessa
Martins de Resende

Brasília
Junho de 2019



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

Folha de Avaliação

Autora: Karolina Rodrigues Acácio

Título: Saúde Mental: do Silenciamento ao Empoderamento

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Tania Inessa Martins de Resende

Prof. M.e Frederico Guilherme Ocampo Abreu

Profa. M.^a Morgana de Almeida E Queiroz

Brasília
Junho de 2019

Dedicatória

À Zezé, Francisco e todos os sujeitos que foram silenciados pelo estigma da loucura.

Aos meus avós Maria, Carminha e Alonso, pela imensidão de amor transmitido a mim.

Agradecimentos

À minha mãe, a maior responsável por todas as minhas conquistas e felicidade. Que sempre se preocupou em me passar valores e ensinamentos necessários para a minha vida pessoal e profissional e, com isso, me proporcionou todas as condições necessárias para eu iniciar, me manter e finalizar a vida acadêmica. Pelo amor incondicional e por ser o maior exemplo ao qual busco seguir. Jamais conseguirei exprimir em palavras tanta gratidão por tanto e por tudo feito por mim.

Ao meu pai, por tanto cuidado e preocupação em participar da minha formação. Sem você nada disso seria possível.

Às minhas tia Kaká, Karê, Katya e Silvana, por serem inspiração, por darem colo, pelos conselhos e por todo o apoio em todos os ciclos da minha vida. Vocês são meu alicerce.

Ao meu namorado Bruno, por dividir e construir essa vida comigo, por ser o meu refúgio, pelo carinho, pela infinita paciência, pela compreensão e por me dar tanta força nas minhas batalhas.

À minha querida amiga Bruninha, o maior presente que a Psicologia me deu, pelo amor quase fraternal e por tudo o que provém dele. Por caminhar ao meu lado há tantos anos, mudanças, perdas e conquistas e por tanta lealdade e cuidado.

Aos meus amigos Elisa, Érica, Rodrigo e Thamires, por toda a compreensão com a minha ausência e, mesmo com ela, se fazerem tão presentes. Por todo o apoio principalmente nos últimos meses e por todas as conversas e momentos gostosos que me fizeram esquecer que existiam problemas e estresses. Por dividirem comigo as minhas alegrias e por serem fonte de tranquilidade todas as vezes que mais precisei. E à Gabi, por ser também tudo isso, mesmo há 700km de distância daqui.

Às minhas parceiras de curso: Val, pelo “Varol” ou “Kalquíria” que tanto me deu forças nos últimos tempos e por todo o afeto. À Katharyne, Mariana Andrade, Danielly, Ana

Carolina, Marina, Julia e Roseli, pelas parcerias e por me ouvirem e compartilharem as dores, alegrias e experiências da vida acadêmica.

À Dra. Beth, Dr. Miguel e Travessia, por me inspirar e me contagiar com tanto amor à saúde mental. Por serem minha segunda família, por toda a confiança e pelo zelo que têm comigo. Por disponibilizarem todos os recursos necessários para os meus estudos com qualidade.

À Fernanda, minha primeira referência de profissionalismo. Pela amizade, pelo cuidado, por todos os ensinamentos, experiências, pelas trocas, histórias e parceria. Pela oportunidade de trabalhar e crescer profissionalmente e pessoalmente ao seu lado. Todo o aprendizado que adquiri com você abriu grandes portas pra mim. Acredito que muito do que sou hoje devo também a você.

À minha orientadora e supervisora de estágio Tania e à minha preceptora Jouse Glória, por me acolherem, pelos ensinamentos e disponibilidade em auxiliar e nortear minha prática no campo da saúde mental. Pelo apoio diante das minhas dificuldades e por acreditarem em mim.

Ao CAPS, os frequentadores e familiares, por me receberem tão bem e depositarem tanta confiança em mim. Por proporcionarem trocas riquíssimas que me trouxeram muito aprendizado e fizeram eu me apaixonar mais ainda pela saúde mental.

Ao CEUB e aos professores que fizeram parte da minha formação, aos quais sou muito grata.

Sumário

Introdução	1
Capítulo 1. Diferentes Concepções de Loucura e Suas Respectivas Formas de Silenciamento	6
1.1 A institucionalização e seu efeito de silenciamento do sujeito	8
1.2 Estratégias para reverter a institucionalização	9
1.3 A Reforma psiquiátrica no Brasil e o movimento antimanicomial	10
Capítulo 2. O empoderamento e o resgate da voz dos sujeitos.....	15
Capítulo 3 – Metodologia: A Construção das Narrativas Pessoais no Campo da Saúde Mental	19
3.1 Procedimentos	21
Capítulo 4. Análise das Informações Qualitativas	22
4.1 Análise sócio-histórica	22
4.2 Análise formal	24
4.2.1 O abandono e o estigma.....	24
4.2.2 A reabilitação e a reinserção social.	27
4.2.3 O poder da fala e o empoderamento.	30
4.2.4 O protagonismo e a recuperação.	33
4.3 Reinterpretação.....	35
Considerações finais	39
Referências Bibliográficas	41
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	47
Anexo B – Roteiro para Entrevistas Narrativas – Questões Exmanentes.....	50

Resumo

O sujeito em sofrimento psíquico é silenciado desde que a loucura se tornou doença mental, no final do século XVIII. Com a prevalência dos saberes médicos e do modelo hospitalocêntrico, esses indivíduos foram submetidos a relações de poder e controle, pautadas pela lógica da doença e cura. Anos depois, surge no Brasil a Política Nacional de Saúde Mental, inspirada na experiência da reforma italiana, trazendo uma nova forma de cuidado com indivíduos em sofrimento psíquico. Seu objetivo é transformar as relações de poder que violentam e excluem, tirando o foco da cura e buscando diminuir internações e deslocar as intervenções terapêuticas para o contexto social dos sujeitos. O presente estudo possibilitou alcançar as percepções de um indivíduo em sofrimento psíquico em fase de recuperação e sua relação com o corpo social a partir de uma entrevista narrativa pessoal. No primeiro capítulo foi feita uma breve revisão sobre as formas da sociedade se relacionar com a chamada loucura no decorrer dos anos e foi feita uma problematização do processo de institucionalização e seu efeito de silenciamento no sujeito. No segundo capítulo foi realizada uma discussão sobre o empoderamento do sujeito em sofrimento psíquico, abrindo espaço para o diálogo com a análise de dados. A análise dos dados coletados na entrevista narrativa foi realizada utilizando a hermenêutica de profundidade, que permitiu fazer uma reflexão sobre o que o sujeito expôs sobre sua visão de empoderamento, reinserção social e protagonismo no desenvolvimento de uma postura de sujeito de direito.

Palavras-chave: saúde mental, silenciamento, empoderamento.

Lista De Abreviatura e Siglas

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DF – Distrito Federal

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

HSVP – Hospital São Vicente de Paulo

MPSMDF – Movimento Pró-Saúde Mental do DF

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OPAS/OMS – Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES-DF – Secretaria do Estado de Saúde do DF

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

*Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal*

*A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina*

*Só mesmo, rejeita
Bem conhecida receita
Quem não sem, dores
Aceita que tudo deve mudar*

*Que um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define
Você é seu próprio lar*

*Ela desatinou
Desatou nós
Vai viver só*

*Eu não me vejo na palavra
Fêmea: Alvo de caça
Conformada vítima*

*Prefiro queimar o mapa
Traçar de novo a estrada
Ver cores nas cinzas
E a vida reinventar*

*Ela desatinou (e um homem não me define)
Desatou nós (minha casa não me define)
Vai viver só (minha carne não me define)*

Eu estou meu próprio lar

Francisco, el hombre – Triste, louca ou má

Introdução

No contexto de saúde mental, os sujeitos que têm sofrimento psíquico intenso são historicamente silenciados, tanto nos serviços de saúde em que são inseridos a fim de tratamento, quanto em seu contexto social. Os espaços que foram destinados a eles confirmaram e repetiram esse e outros tipos de violência como forma de controle e de poder ao longo dos anos criando uma cultura de exclusão e silenciamento (Lobosque, 2001).

Goffman (1974) faz referência a estes espaços como instituições totais que, segundo o autor, são locais onde indivíduos, que se apresentam em situação semelhante – pessoas com doença mental, prisioneiros, militares, entre outros - são internados por determinado período de tempo em que são excluídos da sociedade, estando sob extremo controle de poder, levando assim uma vida fechada e sem nenhuma interação social. Abro parênteses para esclarecer que o meu posicionamento quanto ao uso de termos como *doença mental*, tal qual utilizado por Goffman, será feito mais para frente, ainda neste capítulo.

Dentre as instituições totais estão os manicômios, cuja principal característica são as relações de poder, onde os que tem poder violentam, oprimem e excluem os que não tem. Estes últimos são vistos e tratados como uma mera doença e não como um sujeito em sua totalidade e carregam em si o estigma da “loucura” (Basaglia, 2001).

Lüchmann e Rodrigues (2006) abordam que a chamada loucura, que passa a ser nominada como doença, desajuste e irracionalidade a partir de saberes médicos, traz consigo um conjunto de práticas e julgamentos que desligam as oportunidades e possibilidades do sujeito, bem como as construções internas e externas do seu ser e seu pertencimento humano quando permeiam pela sociedade que é guiada pela produtividade, pelos bons costumes, pela ordem e por padrões. Esse desligamento resulta em uma subtração da totalidade subjetiva do sujeito limitando-o e produzindo, portanto, sua exclusão social.

Foucault (2002) esclarece que

[...] até meados do século XVII, [...] embora sendo seres marginais, não eram completamente excluídos, mas integrados ao funcionamento da sociedade. Ora, depois do século XVII, produziu-se uma grande ruptura: toda uma série de modalidades transformou o louco como um ser marginal em um ser completamente excluído. Pp. 236-7

Nos hospitais gerais, os loucos conviviam juntamente com prostitutas, deficientes, idosos com o mesmo pouco valor, mas a partir do momento em que se tornaram “doentes mentais” o silenciamento se instaurou. Isso ocorreu após a segunda Guerra Mundial, quando o pensamento científico e os saberes médicos passaram a ser valorizados pela sociedade que passou a viver a partir dessa lógica de doença e cura. Daí nasce o termo “doença mental” que remete à doença e integra sintomas, entende-se como perda da razão, que significa não saber o que está dizendo e não ter espaço para ser ouvido. Os sujeitos em sofrimento psíquico intenso perderam suas vozes, foram silenciados (Foucault, 2004). No que se refere ao silenciamento, Foucault (1996) discorre que este acontece em uma relação de oposição entre razão e loucura.

Entretanto, após serem criados movimentos da reforma psiquiátrica pelo mundo visando a desospitalização e, em seguida, a desinstitucionalização, eis que surge no Brasil o movimento antimanicomial. Este movimento foi inspirado na experiência italiana e reformulou a ideia e a prática perante a dita loucura tornando mais fluidas e flexíveis as fronteiras entre as instituições e a sociedade (Lobosque, 2003).

Nesse sentido, em 2011 foi instituída a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial – como proposta de reorganizar os serviços de saúde mental no país, garantindo o acesso e a qualidade dos serviços de saúde mental, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (Brasil, 2011).

Uma das experiências da saúde mental que mais inspira a Política Nacional de Saúde Mental bem como o processo de desinstitucionalização é a experiência italiana. Nela, a desinstitucionalização tem como objetivo transformar as relações de poder que violentam e excluem, diminuir as internações, atuar de forma mais preventiva do que curativa, deslocar as intervenções terapêuticas para o contexto social dos sujeitos, entre outros manejos que possibilitam a substituição gradual do modelo médico (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001).

Este processo de desinstitucionalização tira de cena o foco na cura e passa a voltar o olhar para a invenção da saúde e a reprodução social do sujeito. O enfoque do manejo com indivíduos em sofrimento psíquico passa a ser produção de sentido, de vida, de pertencimento e a reinserção social (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001).

Por meio da minha experiência no campo da saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial, me questionei diversas vezes sobre o quanto a sociedade está realmente consciente da forma como se relaciona com sujeitos em sofrimento psíquico. Mesmo com tantas mudanças e conquistas advindas da luta antimanicomial, ainda me deparo com uma sociedade que reproduz comportamentos que silenciam e excluem esses sujeitos, seja por familiares, amigos e/ou instituições. Daí surge o interesse de estudar o silenciamento e as estratégias para revertê-lo, bem como compreender como do silenciamento chega-se ao empoderamento.

Vale ressaltar que, como aborda Vasconcelos (2014), termos como “paciente” e “doença mental”, deixam de fazer referência ao sujeito e sim ao seu diagnóstico, estando enviesados pelas relações de poder e controle. Por essa razão, em concordância com o posicionamento do autor, o uso desses termos – assim como *louco e loucura, doença mental, transtornos mentais* - no presente estudo, se dá somente quando mencionados autores que os utilizam. Porém, para essa monografia, eu privilegio o uso do termos sofrimento psíquico.

Nesse sentido, neste trabalho faço uma reflexão sobre a importância de ser, estar e agir no mundo de forma legítima sob a perspectiva de um sujeito em sofrimento psíquico, bem como o resgate, a partir das narrativas, de suas vozes que foram silenciadas por um sistema de poder e segregação advindo das instituições manicomiais aos quais foi inserido para o tratamento de sua suposta doença.

A partir dessa lógica, Vasconcelos (2014) ressalta a importância de publicar narrativas, pois empodera a voz de outras pessoas que possam ler e se identificar por vivenciarem situações semelhantes, mas silenciados de alguma forma: seja pelo silêncio pelo fato de não se manifestarem, não relatarem ou não se posicionarem ou seja por serem silenciados por alguma instituição e pela sociedade.

Vasconcelos (2014, p. 17) complementa que:

Estas narrativas não só buscam falar por elas, mas também se colocam como inspiração e exemplo de que o processo de recuperação de uma vida pessoal e social ativa é possível, como também é necessário e possível se engajar na luta para que as instituições de saúde mental sejam transformadas para proporcionarem uma atenção marcada pelo cuidado, pelo respeito e pela liberdade de seus usuários, familiares e amigos.

Com isso pretendo alcançar percepções sobre o sofrimento psíquico e sua relação com o corpo social, a partir da narrativa de um sujeito em sofrimento psíquico que se encontra atualmente em processo de recuperação.

No primeiro capítulo fiz uma breve revisão sobre as diferentes concepções que a loucura carregou consigo e como foi se modificando no decorrer dos séculos e, a partir disso, trazendo a forma como a sociedade foi se relacionando com ela. Em seguida, problematizei o processo de institucionalização e seu efeito de silenciamento e desaparecimento do sujeito para, logo após, relatar sobre algumas das mais importantes experiências da reforma

psiquiátrica no mundo. Das experiências de reforma citadas, fez-se importante dar ênfase à reforma italiana e o movimento de desinstitucionalização, que inspirou a reforma brasileira, cujo assunto abrange o último tópico deste capítulo.

No capítulo dois, discuti sobre o empoderamento do sujeito em sofrimento psíquico, trazendo o conceito de *empowerment* produzido por Vasconcelos (2014) que possibilitou o diálogo com a análise dos dados coletados a partir da narrativa.

No capítulo três, elucidei sobre a metodologia utilizada para a produção das informações qualitativas, com o uso de entrevistas narrativas. Este tipo de entrevista foi escolhido por possibilitar o meu contato e o do leitor com o relato genuíno da experiência singular do entrevistado sobre sua vivência na jornada do sofrimento psíquico e de recuperação e por ser o tipo de entrevista que dá valor à voz desse sujeito ao mesmo tempo que é feita uma troca que empodera tanto o entrevistado quanto o leitor que pode se identificar. Neste capítulo também foi relatado como foi feito o procedimento da entrevista, incluindo critérios para inclusão do sujeito, tempo utilizado na entrevista narrativa, informações sobre TCLE e dados sobre a aprovação do Comitê de Ética.

No capítulo quatro, apresento o método da hermenêutica da profundidade de Thompson, retomada por Demo (2006), utilizado para a análise das informações qualitativas produzidas, possibilitando fazer uma breve reformulação do contexto sócio-histórico do objeto estudado, uma construção da análise formal onde faço uma interpretação da entrevista narrativa realizada. Por fim faço a reinterpretação, onde descrevo a minha perspectiva levando em consideração o processo exposto no decorrer do trabalho.

Capítulo 1. Diferentes Concepções de Loucura e Suas Respectivas Formas de Silenciamento

Atualmente indivíduos em sofrimento psíquico carregam consigo um estigma, sendo vistos como objetos de intervenção de diferentes vertentes da ciência e, consequentemente, tratados como uma doença, uma instância defeituosa (Silveira & Braga, 2005).

Dessa forma, diante do rótulo de doença mental e sob a lógica diagnóstica e hospitalocêntrica, desde o fim do século XVIII, existe uma busca constante por cura e formas de tratamento que ferem a dignidade desses indivíduos. A eles são destinados experiências, relações e espaços violentos, onde são considerados como objetos, que não tem capacidade de gerir sua própria vida e não podem estar inseridos em sociedade por sua suposta periculosidade (Silveira & Braga, 2005).

Historicamente, a loucura sempre esteve presente na sociedade, que se relacionou com ela de forma diretamente ligada às diferentes concepções construídas ao longo dos anos (Silveira & Braga, 2005). Diante disso, Foucault (1972/2004) explica que a loucura já existiu como privilégio, fonte de sabedoria, fascínio, dentre tantas outras concepções positivas construídas socialmente e passou a ser silenciada somente a partir do momento em que se tornou doença mental, embora desde a Idade Média já estivesse enclausurada de diferentes formas.

Na Grécia Antiga, era por meio das manifestações da loucura que se tornava possível ter acesso às verdades divinas. Portanto, ser louco era um privilégio. Ainda assim, não significava que a loucura poderia estar inserida na sociedade, pois era necessário manter o sagrado separado do humano (Silveira & Braga, 2005).

Na Idade Média a loucura deixa de ser vista como uma fenômeno positivo perante a sociedade ocupando o lugar que antes era da lepra. Leprosário era o nome destinado aos estabelecimentos onde indivíduos com lepra eram confinados com o intuito de serem isolados

da sociedade para evitar a contaminação dos demais. Na alta Idade Média chegaram a existir 19.000 leprosários na Europa. Algumas décadas depois, com o desaparecimento da lepra, os leprosários se tornaram, em sua maioria, hospitais e passaram a ser ocupados por “incuráveis e loucos [...] pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’”, além da doença venérea, que tomou o lugar da lepra juntamente com a loucura (Foucault, 1972/2004, p. 6).

Neste período, segundo Foucault (1971/2010), “era através de suas palavras que se reconhecia a loucura do louco”, perante a lógica da oposição entre razão e loucura. O discurso advindo da loucura não podia estar inserido na sociedade e, caso ocorresse, existia a probabilidade de que sua palavra fosse anulada, que não tivesse valor nem importância. Não se buscava compreender o que era dito, nem porquê. A palavra somente era dada ao louco simbolicamente e em situação de atuação no teatro.

Foucault (2002) esclarece que até meados do século XVII os loucos eram excluídos, mas não eram necessariamente silenciados. Foi no fim do século XVIII que a loucura se tornou objeto do saber médico, se tornou “doença mental” e passou a ser silenciada.

A razão, que era considerada o antônimo de loucura, passou a ser enaltecida pela sociedade, já que é somente por meio dela que se pode ter supostamente liberdade e felicidade. O pensamento científico passou a ser valorizado, os hospitais passaram a ser espaços terapêuticos e a loucura se tornou doença mental, logo, como a maioria das doenças, também se tornou passível suposta cura (Silveira & Braga, 2005).

Nos hospitais psiquiátricos era reservado um espaço físico que funcionava mediante medidas disciplinares intensas e frequentes onde as relações que permeavam esses espaços eram institucionalizadas fazendo com que os indivíduos se distanciassem cada vez mais de suas relações exteriores. Considerava-se que os médicos especialistas eram os únicos indivíduos portadores de qualquer saber relacionado aos indivíduos que estavam ali e sobre

suas supostas doenças e que estes eram considerados perigosos para a sociedade, não tendo capacidade de conviver de acordo com as normas sociais (Silveira & Braga, 2005).

Foucault (2010) também esclarece que nos anos 1970, em certa medida o discurso do louco já não representava mais o oposto da razão, sua fala era, de alguma forma ouvida, já se buscava um sentido pelo que era dito. Entretanto, existia um saber e uma rede de instituições que orientava a quem escutava, decifrar esse sentido. Portanto, ainda havia muito o que evoluir para que a contraposição entre razão e loucura fosse dissolvida.

1.1 A institucionalização e seu efeito de silenciamento do sujeito

No final do século XVIII Pinel fundou um asilo manicomial para abrigar loucos que antes conviviam em hospitais gerais juntamente com velhos, prostitutas, ociosos, entre outros indivíduos que também estavam marginalizados. Com a abertura do manicômio, os loucos passaram a viver sob uma realidade ainda maior de segregação e distanciamento da sociedade com a justificativa de cura e tratamento (Foucault, 2002, 2004).

Basaglia (2001) elucida que o manicômio é uma instituição onde estão em evidência as relações de poder e violência. Nele, o sujeito em sofrimento psíquico é definido pela sua suposta doença, pelo seu diagnóstico e é assujeitado pela instituição sob uma dinâmica de forte controle e disciplina.

Rotelli traz uma definição de instituição como:

O conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente; e, em uma visão objetivante, naturalística, o médico faz-de-conta que não vê o que está implicado nesta rede institucional. Ele busca uma relação [...] entre ele e a loucura do paciente, [...] sem tomar conhecimento da diferença de poder que existe, [...] sem tomar conhecimento de todas as necessidades de uma forma global da pessoa que ele tem à frente, o psiquiatra se ocupa, então, da doença e não do doente. Ele se ocupa, então, de

tudo aquilo que pertence a uma cadeia disciplinar, e não das necessidades dos internados. Ele vê o paciente com os olhos deformados pelo seu saber, pelo seu assim suposto saber. Mas se este saber produziu um resultado como o manicômio, provavelmente não é um “bom saber”. É um saber bastante comprometido com a necessidade de exclusão das pessoas, do delegatório que a sociedade dá ao psiquiatra de excluir e segregar as pessoas. (Rotelli, 1994, pp. 151-2)

Basaglia (2001) ressalta ainda o efeito de iatrogênese causado pela instituição psiquiátrica onde, sob as máscaras da finalidade terapêutica, é negado ao sujeito o direito ser, estar e agir na sociedade.

1.2 Estratégias para reverter a institucionalização

No período pós segunda guerra mundial, começaram a surgir movimentos da reforma psiquiátrica, que questionam e propõe uma reformulação do modelo hospitalocêntrico, o tratamento psiquiátrico e suas instituições (Silveira & Braga, 2005).

De acordo com Rotelli et al. (2001), na Europa e nos Estados Unidos a reforma psiquiátrica foi uma estratégia para a crise fiscal, visando uma redução de custos tendo como foco a desospitalização - política de altas hospitalares e redução de leitos - e a reformulação do papel do psiquiatra retirando-o do âmbito das relações de poder e controle social.

Segundo Lobosque (2001) foi usada na Inglaterra a psicoterapia de grupo como uma das estratégias ao hospital psiquiátrico. A implementação das comunidades terapêuticas (experiência inglesa) juntamente com a análise institucional francesa, que ocorreram no início dos anos 50 e, em seguida, o surgimento da antipsiquiatria inglesa mostraram uma preocupação voltada para as relações e produções do sujeito dentro das instituições.

Entretanto, apesar da experiência inglesa ter contribuído para o processo de desospitalização, a dinâmica da exclusão permanecia em voga. Já na experiência francesa,

começou a ser possível unir a prática psiquiátrica a serviços externos mas, ainda assim, não era feita nenhuma transformação cultural com relação à psiquiatria (Rotelli, 1994).

Além disso, algumas outras estratégias que ainda são utilizadas nos dias atuais foram projetos propostos nesse período como, por exemplo, a criação de ambulatórios, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e os três níveis de atenção em saúde - primária, secundária e terciária - tendo a atenção básica como âmbito da prevenção na saúde mental (Lobosque, 2001).

Rotelli et al. (2001) explicam que, já nos anos 60, todos os movimentos da reforma psiquiátrica na Europa operavam de forma a substituir de forma gradual a internação em manicômios por outros tipos de intervenção para os sujeitos em sofrimento psíquico como serviços de prevenção, reabilitação e reinserção na sociedade. Contudo, esses movimentos ainda não questionavam a psiquiatria enquanto instituição (Rotelli, 1994).

Posteriormente, nos anos 70, ocorre a experiência da psiquiatria democrática italiana que visa desconstruir as instituições psiquiátricas não apenas como instituição ou hospital, mas também enquanto ciência. Portanto, a desinstitucionalização da experiência italiana questiona a ideia de doença mental dando espaço para uma nova forma de perceber e se relacionar com a loucura, respeitando o sujeito que a vivencia e seu sofrimento (Lobosque, 2001).

Algumas das principais medidas dessa experiência foram a redução gradual dos hospitais psiquiátricos, sendo substituídos por serviços regionais e a substituição de manicômios por hospitais gerais (Amarante, 2017).

1.3 A Reforma psiquiátrica no Brasil e o movimento antimanicomial

Em 1978 três psiquiatras fizeram denúncias que expuseram as condições dos hospitais psiquiátricos da DINSAM e as situações de violência às quais os internos eram submetidos. Essas denúncias resultaram em uma grande greve dos trabalhadores da saúde pública do

Brasil, que foram demitidos e formaram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Amarante & Oliveira, 2004).

O V Congresso de Psiquiatria realizado em Camboriu e o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições foram grandes marcos no processo de implementação da reforma no Brasil. O primeiro foi um grande palco de denúncias e exposição de ideias sobre a reforma psiquiátrica e o segundo possibilitou a vinda ao Brasil de grandes críticos da psiquiatria no mundo e, entre eles, estava Franco Basaglia, ao qual faz referência a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana (Amarante & Oliveira, 2004).

Em 1979, Basaglia retornou ao Brasil e realizou visitas e palestras em diversas cidades do país, fato que contribuiu para o nascimento da reforma por aqui, fazendo assim com que a desinstitucionalização da experiência italiana tivesse grande influência na reforma psiquiátrica brasileira (Amarante & Oliveira, 2004).

Com a reforma já em andamento, em 1987, 1992 e 2001 foram realizadas as Conferências Nacionais de Saúde Mental, onde foram expostas as propostas dos objetivos da política nacional de saúde mental e dos serviços substitutivos ao modelo hospitalar que acolhem indivíduos com transtornos mentais visando sua reinserção social e qualidade de vida (Silveira & Braga, 2005). Após a divulgação do acima artigo citado, ainda ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental que teve como diferencial explicitar a importância da participação da sociedade na formulação e efetivação das políticas de saúde mental e a proposta de que sejam feitas parcerias das instituições com as universidades com o intuito de capacitar o exercício do controle social voltado para a saúde mental. Também foi enfatizada nessa conferência a importância da militância dos usuários da rede, dos familiares e profissionais (Reboli & Krüger, 2013).

O movimento antimanicomial, juntamente com a Lei Nº 10.216 e portarias do Ministério da Saúde até 2017, buscam reduzir a internação e propiciar as pessoas uma vida

digna. Nesse sentido, essas leis e portarias instituem a criação e ampliação de serviços de atenção à saúde voltados para pessoas com sofrimento psíquico possibilitando um aumento e aceleração do processo contínuo de substituição do modelo biomédico, hospitalocêntrico e manicomial pelo modelo psicossocial, que prevê a redução de leitos e fechamento gradual das instituições manicomiais, implementando serviços substitutivos.

A Lei 10.216/01 assegura aos portadores de transtornos mentais proteção e direitos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, proporcionando aos sujeitos que sejam tratados com integridade, legitimando, assim, o que eles pensam e o que eles falam, promovendo sua reinserção social e possibilitando, também, que tenham sensação de (e que realmente tenham) pertencimento no mundo (Brasil, 2001).

A Portaria nº 3.088 de 2011 institui a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial e, dentre outras finalidades, concretiza a Política Nacional de Saúde Mental e os princípios da Reforma Psiquiátrica propondo a criação e ampliação de serviços de atenção psicossocial para indivíduos em sofrimento psíquico, dentre outros.

Uma portaria recente, em âmbito local, que marca mais um progresso do processo de desinstitucionalização, é a Portaria nº 554 de 2018 da SES-DF, que cria a Unidade de Desinstitucionalização do Hospital São Vicente de Paulo, que busca desinstitucionalizar o único hospital psiquiátrico que ainda funciona no DF com práticas ainda no modelo hospitalocêntrico e manicomial, fazendo integração entre o HSVP e serviços de níveis primários e secundários de atenção à saúde, fortalecendo a articulação da RAPS (Brasil, n. 554, 2018).

No entanto, recentes portarias e resoluções como, por exemplo, a Resolução nº 32 e a Portaria nº 3.588 de 2017, não só ameaçam esse processo no território brasileiro, como também fazem regredir os avanços obtidos na área da saúde mental no país. Essas portarias e resoluções, assim como a Nota Técnica nº11 de 2019, reorientam as diretrizes da Política

Nacional de Saúde Mental e tem como medidas o financiamento de leitos e hospitais psiquiátricos, compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia e eletrochoque, internação de crianças em hospitais psiquiátricos, criação de novas comunidades terapêuticas, entre outras. Essas medidas desrespeitam, inclusive, a Lei 10.216 que assegura aos sujeitos portadores de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento com meios menos invasivos em ambientes terapêuticos que sejam, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, ser tratado com humanidade e respeito, ter livre acesso aos meios de comunicação e, principalmente, proíbe que estes sujeitos sejam internados em instituições com características asilares, que incluem leitos e hospitais psiquiátricos.

Portanto, embora com tantos avanços, mas em virtude também de tantos retrocessos atualmente existentes, o estigma da loucura ainda está presente no nosso cotidiano. A lógica da segregação e da exclusão dentro do modelo arcaico de “tratamento” silencia não somente as vozes desses indivíduos, mas também toda a sua potencialidade de viver e agir no mundo e na sua própria vida como sujeito de direito em sua inteireza e subjetividade.

Sobre isso, Amarante (2017, p. 85) pontua:

Contudo, a política nacional de saúde mental corre muitos riscos, entre os quais reduzir o processo de reforma psiquiátrica a uma mera mudança de modelo assistencial. Trata-se de um processo social complexo, no qual é necessária uma reflexão sobre o modelo científico da psiquiatria, que não consegue ver saúde nas pessoas, apenas doenças. A dimensão sociocultural também é muito importante, pois trabalhamos para transformar a relação da sociedade com as pessoas em sofrimento mental. [...] Quando uma sociedade defende que uma parte dos seus membros não pode conviver com os demais, cabe a nós compreendermos os motivos e intervir.

A despeito desta problemática exposta por Amarante e de todos os processos de reforma psiquiátrica, desinstitucionalização e movimento antimanicomial abordados neste

capítulo, cabe deixar o questionamento de Pelbart (2001). O autor traz que nestes movimentos se trata de um processo em vigor, porém longo e demorado. Mas há uma dúvida sobre o que acontecerá de fato com os ditos loucos quando eles estiverem completamente inseridos na sociedade, quando todos os manicômios forem de fato extintos.

Portanto não basta extinguir os manicômios físicos, mas é primordial que sejam extintos os “manicômios mentais”, onde habita a desrazão, que é atribuída à loucura pela sociedade. É necessário que a sociedade, além de desconstruir o conceito de loucura e deixar de atribuir a desrazão a ela, se permita se apropriar da desrazão também (Pelbart, 2001).

Capítulo 2. O empoderamento e o resgate da voz dos sujeitos

O transtorno mental é um fenômeno mais comum do que se imagina. De acordo com dados divulgados pela OPAS/OMS em 2018, “na Região das Américas, os transtornos mentais respondem por 34% das deficiências, com pouca variação no nível nacional” (OPAS/OMS, 2018).

Weingarten (2014) explica que além das medicações, as formas de manejo voltadas para a reabilitação psicossocial assim como as outras conquistas do movimento antimanicomial são também grandes responsáveis para a recuperação dos indivíduos com transtornos mentais por estimularem os sujeitos a estarem no mundo de forma ativa e com uma vida funcional (Weingarten, 2014).

Vasconcelos (2014) aborda que desde os anos 90, o conceito de recuperação no âmbito da saúde mental faz referência a um processo pessoal e coletivo que, após o sujeito passar por fases e situações adversas de crise mental e experiências em instituições opressoras, consegue produzir novos sentidos e perspectivas de vida, podendo se reinserir na sociedade e produzindo uma forma de ser e estar no mundo de forma satisfatória.

Uma estratégia muito utilizada para a recuperação, principalmente nos Estados Unidos, é a produção e a publicação de narrativas (Vasconcelos, 2014). Se trata de relatos do sujeito, em primeira pessoa, sobre sua jornada como portadora de transtorno mental e seu processo de recuperação. Essas narrativas também são fortes ferramentas para empoderar quem as produz, no que tange à valorização e resgate de suas vozes e a possibilidade de se posicionarem perante a sociedade. Também há o empoderamento de seus leitores que, em situação de identificação com o conteúdo, sentem-se contaminados pela esperança de uma vida com mais qualidade ao ver que a recuperação é possível (Vasconcelos, 2014).

Sobre o empoderamento do campo da saúde mental, Vasconcelos (2014) explica que o termo mais adequado segundo a sua experiência é *empowerment*, ao qual se apropria de uma riqueza não expressa em termos mais limitados expressos em tentativas de tradução como, por exemplo, empoderamento, autonomia ou fortalecimento.

A partir disso, segundo o autor, *empowerment* se conceitua como “o aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (Vasconcelos, 2003, p. 20).

Contudo, a despeito do posicionamento do autor e de reconhecer seu importante trabalho em relação a esse tema no Brasil, nessa monografia assumirei o termo *empoderamento* por já ser um termo de uso corrente no campo da saúde mental no Brasil.

Ainda sobre o conceito de empoderamento, Musse (2008) discorre que trata-se do fortalecimento e desenvolvimento da autonomia do sujeito que, ao ser submetido à instituição psiquiátrica, foi excluído de seu poder e do meio social a que pertencia, passando a ser visto apenas como objeto doente.

A autora complementa que “na medida em que vão se empoderando, dá-se a emancipação e a libertação das amarras impostas pelo estatuto da minoridade, pela institucionalização, pelo encarceramento e passam a ocupar o espaço público [...] que lhes é devido” (Musse, 2008, p.159).

Vasconcelos (2003) traz ainda outras estratégias para as práticas de empoderamento:

a) O cuidado de si e demais estratégias de enfrentamento dos desafios cotidianos: trata-se de estratégias que impulsionam o sujeito a buscar formas de lidar com os desafios intrínsecos do transtorno mental de forma que ele os ressignifique e restabeleça uma vida satisfatória. Para indivíduos em fase de recuperação, como o

sujeito que foi entrevistado neste trabalho, significa dar um novo sentido para as experiências de maior sofrimento vivenciadas na jornada do transtorno, com uma nova perspectiva que possibilita a este sujeito que se reorganize e se reinsira na sociedade (Vasconcelos, 2003).

b) Ajuda mútua: são grupos compostos por pessoas que compartilham experiências semelhantes, que tem como objetivo a troca dessas vivências, suas dores, seus anseios, suas conquistas para que assim possam desenvolver estratégias de enfrentamento. Também existem as redes informais que incluem pessoas próximas com quem o sujeito se sente à vontade para se expressar. A internet é uma ferramenta mais recente que possibilita a ajuda mútua a partir do contato do sujeito com outras pessoas por meio de blogs, e-mails e páginas especializadas no assunto em questão em sua vida (Vasconcelos, 2003).

c) Defesa de direitos: pode ser na forma de autodefesa, por meio da capacitação de amigos, grupos ou familiares a fim de auxiliar o sujeito solucionar questões como benefícios ou problemas na comunidade. Ou pode acontecer também por meio de serviços com profissionais especializados que auxiliem o sujeito a garantir seus direitos (Vasconcelos, 2003).

d) Transformação do estigma e dependência na relação com a loucura e o louco na sociedade: trata-se de uma conscientização da sociedade sobre a forma de se posicionar e se relacionar com o dito louco e sua suposta loucura. Um exemplo disso é alterar a linguagem utilizada para descrever fenômenos relacionados ao dito louco e sua suposta loucura como, por exemplo, substituir o termo “doença mental” por “sofrimento psíquico”. Um outro exemplo dessa transformação é reivindicar a participação de usuários e seus familiares em eventos dentro da saúde mental e de militância (Vasconcelos, 2003).

e) Participação no sistema de saúde/saúde mental e militância social mais ampla: a participação de usuários e familiares nos movimentos de militância permite valorizar a voz e o posicionamento dos sujeitos mais interessados pelo uso dos serviços de saúde mental (Vasconcelos, 2003).

f) Narrativas pessoais de vida: conceito já abordado no capítulo anterior dessa monografia, refere-se há uma prática já existente e muito comum nos países anglo-saxônicos que incentivam que indivíduos em recuperação de sofrimento psíquico gravem relatos de sua história de vida contando sua experiência com o transtorno mental incluindo suas crises, dificuldades, enfrentamentos, conquistas e estratégias desenvolvidas para sua recuperação. A construção das narrativas pessoais é “uma maneira muito sensível de integrar as experiências de uma pessoa, de expressar essa vivência a partir da perspectiva pessoal, social e política dos usuários, e, portanto, constituindo uma importante ferramenta ao mesmo tempo existencial e política do movimento dos usuários” (Vasconcelos, 2003, p. 33).

A partir das construções teóricas percorridas até aqui, torna-se possível realizar a construção de uma narrativa pessoal de um sujeito em sofrimento psíquico utilizando a metodologia a seguir.

Capítulo 3 – Metodologia: A Construção das Narrativas Pessoais no Campo da Saúde Mental

Neste estudo será feita uma reflexão sobre as percepções e construções que uma pessoa em processo de recuperação de sofrimento psíquico expõe sobre empoderamento, reinserção social e protagonismo no desenvolvimento de uma postura de sujeito de direito.

Em todo o processo deste trabalho será utilizado o método qualitativo, cujo campo de estudo são “práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana”, buscando analisar “as interações que permeiam a doença mental e as formas de lidar com ela em um campo específico” (Flick, 2009, p. 24).

A construção de informações que permitem essa reflexão se dará a partir de entrevistas narrativas que, segundo Bauer (2002), visam proporcionar ao indivíduo entrevistado uma oportunidade que lhe encoraje a contar livremente sobre um ou mais fatos ou histórias de vida de forma não estruturada, fora do padrão de entrevista que utiliza esquema de pergunta-resposta. Weingarten (2014, p. 10) conceitua narrativas pessoais como “[...] relatos em primeira pessoa [...] escritos por pessoas portadoras de transtorno mental, e que relatam suas experiências de vida com o transtorno e o próprio processo de recuperação”.

A partir de um esquema de narração, o entrevistador necessita, inicialmente, delimitar um tema a ser desbravado sobre um determinado indivíduo, que diga respeito à sua história de vida. Em seguida, seleciona o indivíduo a ser entrevistado e pode-se fazer uma breve coleta de dados a fim de se familiarizar com o campo de estudo e assim formular suas questões exmanentes, que devem posteriormente serem ancoradas às questões imanentes. As questões exmanentes se tratam de perguntas elaboradas anteriormente à entrevista de acordo com o interesse inicial do pesquisador. Já as imanentes são as questões que surgem ao longo da entrevista a partir da fala do entrevistado. Antes de iniciar a entrevista, o entrevistador

deve esclarecer ao entrevistado sobre o contexto do estudo e seus interesses ao realizá-lo (Bauer, 2002).

Por conseguinte, com a narração, o entrevistado deve fazer uma reconstrução sobre sua história de vida e seu contexto social, voltada ao assunto a ser investigado, utilizando sua própria perspectiva e linguagem (Bauer, 2002), considerando que o percurso entre a fase do ápice das crises até a recuperação, além de não ser linear, é um processo singular (Weingarten, 2014).

Para que seja possível utilizar a entrevista com esquema de narração, é necessário que seja preparado e utilizado um ambiente que favoreça uma interferência mínima do entrevistador, possibilitando ao entrevistado verbalizar de forma livre, ficando à vontade para fazer relatos da forma mais legítima possível com sua própria linguagem e perspectiva sobre a história em questão. Dessa forma o entrevistador mesmo interferindo minimamente, por se tratar de um diálogo, deve além de não fazer nenhuma imposição pessoal ou padronizada, utilizar a linguagem e forma de conduzir a conversa respeitando o fluxo e formato originário do entrevistado, voltando sua atenção exclusivamente para as questões imanentes no decorrer da entrevista (Bauer, 2002).

No campo da saúde mental, as narrativas possibilitam, ao sujeito que fala, relatar sobre suas experiências de vida sem que seja necessário fazer uma construção lógica, ou seja, que tenham liberdade para verbalizar: falar de si, sem censura ou sem necessidade de se adequar a qualquer tipo de padrão normativo. Este recurso empodera e dá voz ao sujeito, quebrando com o estigma da exclusão e do silenciamento (Braga, 2012).

Nessa perspectiva, Vasconcelos (2014, p. 17) expõe que:

[...] Estas vivências, se propriamente cuidadas, elaboradas e devidamente compartilhadas e enriquecidas com as vivências dos companheiros de luta, capacitam a quem as viveu a poder se colocar como porta-vozes mais universais destas

dimensões recalcadas do ser, e reclamarem mudanças concretas na forma como a sociedade encara e trata destas dimensões e destas pessoas, nas suas teorias da subjetividade, nos serviços de saúde mental e no conjunto de vida social.

3.1 Procedimentos

O indivíduo entrevistado neste estudo é uma mulher, com 55 anos de idade, que foi indicada por um profissional de um Centro de Atenção Psicossocial. Foi utilizado como critério de inclusão que este sujeito estivesse em fase de recuperação de sofrimento psíquico intenso, atestada pela indicação de um profissional de serviços de saúde mental.

A entrevista narrativa foi realizada em um encontro com duração média de uma hora. Ela foi gravada e transcrita mediante autorização da entrevistada, preservando seu anonimato com o uso de nome fictício, que assinou as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Foi utilizado o modelo de TCLE do Comitê de Ética do UniCEUB e adaptado para este estudo, onde constava a descrição e objetivos, bem como os possíveis riscos e todos os direitos do sujeito entrevistado.

Como norteador da entrevista, foi utilizado o roteiro para entrevistas narrativas (Anexo B) sugerido por Vasconcelos (2014). Vale evidenciar que o roteiro não foi seguido à risca por surgirem outras questões no decorrer da fala da entrevistada, as questões iminentes.

Para que a pesquisa fosse possível, fez-se necessário submeter este projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) obedecendo a resolução de número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após a aprovação do CEP, foram gerados: Comprovante de Envio do Projeto nº 038270/2019, CAAE nº 11657019.8.0000.0023 e Parecer nº 3.331.159.

Capítulo 4. Análise das Informações Qualitativas

A análise das informações produzidas se deu por meio da hermenêutica de profundidade de Thompson, retomada por Demo (2006), que se fundamenta pela interpretação/reinterpretação que, unida à análise sócio histórica e à análise formal busca, a partir de uma reconstrução crítica:

[...]Desconstruir a expressão simbólica, para ver o que estaria querendo dizer apesar do que diz, o que estaria escondendo para que não se diga [...] reconstruir o fenômeno de acordo com a ótica do intérprete, dando-lhe nova roupagem [...] saber olhar o que não se vê facilmente, apanhar as sobras do discurso, perambular em suas gretas sutis, flagrar contradições, acompanhar a rota da inteligência dos argumentos [...] capaz de tanto mais valorizar o mundo simbólico quanto mais o questiona (Demo, 2006, p. 43).

4.1 Análise sócio-histórica

A análise sócio histórica se trata da descrição do contexto da produção dos dados a fim de facilitar a compreensão do leitor quanto ao estudo. Aqui é importante destacar as condições sociais e históricas desde sua formação e evolução até os dias atuais (Demo, 2006).

Em vista disso e considerando a entrevista narrativa realizada para este trabalho, faz-se necessário realizar a análise sócio-histórica da entrevistada, a quem darei o nome fictício de Helena.

Helena se mudou para o Distrito Federal aos três anos de idade, onde reside até hoje. Foi também no Distrito Federal onde teve as primeiras crises, foi submetida a internações e inserida em um Centro de Atenção Psicossocial.

Ao fazer a análise sócio histórica, surge a importância de contextualizar a saúde mental no DF. O que mais chama atenção ao fazer uma análise de dados publicados com relação à saúde mental no Brasil, é que o DF está muito atrás dos demais estados do país, o

que é um alerta. Os dados coletados até o ano de 2015 mostravam que o DF tinha uma das menores coberturas – 0,46 – de CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde no Brasil, contando com 12 unidades ficando na frente apenas do Acre, Amazonas e Espírito Santo (Brasil, 2015).

O Relatório de Gestão Anual da SES-DF mostra que até o ano de 2017 houve um aumento para 17 unidades, dentre elas seis são destinadas a sujeitos com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais e quatro para o atendimento Infanto-Juvenil. Contando também com a construção de um CAPSIII dentre essas novas unidades (Distrito Federal, 2018). Dentro desses dois anos, como novos resultados, houve a capacitação de equipes multiprofissionais de saúde mental em processos assistenciais nas unidades da RAPS. Em contrapartida, um projeto de adequação CAPS já existentes aos parâmetros da portaria vigente para habilitação foi cancelado e a meta de cobertura até o ano de 2017 que era de 0,56 não foi alcançada, tendo como resultado uma cobertura de 0,52. Vale ressaltar também que dessas 17 unidades de CAPS em funcionamento no DF, apenas 14 estavam habilitadas até o ano de 2017 (Distrito Federal, 2018).

Goulart (2013), em sua dissertação de mestrado, chama a atenção para a necessidade de a saúde mental no DF ainda progredir consideravelmente em vista da precariedade da qualidade e quantidade desses serviços. Embora a pontuação deste autor tenha sido feita há seis anos nota-se, pelos dados acima, a persistência dessa necessidade. Hoje ela se encontra ainda maior pois, não obstante a baixa cobertura dos serviços de saúde mental no DF, ainda a Política Nacional de Saúde Mental encontra-se ameaçada devido ao novo governo que com o ideal de assistência voltado para o modelo hospitalocêntrico, tem projetos de financiamento de leitos e hospitais psiquiátricos, dentre outros regressos (Brasil, n.11 de 2019). A exemplo disso, como retrocesso mais recente, tem-se a criação da Lei nº 13.840 de 2019, que altera a

Política Nacional de Drogas e incentiva financeiramente a internação compulsória de dependentes químicos (Brasil, n. 13.840 de 2019).

Zgiet (2010) corrobora esses fatos pontuando que o DF encontra-se em desvantagem ao restante do país no que tange à implementação da reforma psiquiátrica. A autora atribui a influência à política da saúde mental atual a alguns fatores como:

[...] a configuração histórica e estrutural da elite política e sua influência na elaboração e implantação das políticas; a participação dos demais atores (especialmente familiares e profissionais) no processo de formulação, implementação e avaliação das ações; os conflitos entre os atores políticos; a legislação em vigor e sua evolução; a relação entre a política de saúde mental e a política de saúde e entre esta e as demais políticas; as teorias e os paradigmas orientadores das ações na área (Zgiet, 2010, p. 18).

4.2 Análise formal

Na análise formal é possível demarcar questões levantadas pela entrevistada, buscando captar o dito e o não dito, explicitando fenômenos que foram enfatizados sem pretensão, os contrastes, regularidades, códigos e sentidos (Demo, 2006).

A partir da análise da narrativa, foi possível identificar e destacar quatro fenômenos capturados em ordem não cronológica da fala de Helena, mas que se mostraram, em seu discurso, de extrema importância em seu processo de vida.

4.2.1 O abandono e o estigma.

Em sua narrativa, apesar de não aprofundar sobre sua vida antes das crises, relata que teve uma infância e adolescência felizes. Suas crises foram desencadeadas após a prisão de seu ex marido, a morte de sua mãe adotiva e o aparecimento de sua mãe biológica. Há em seu relato uma repetição sobre o fato de seus amigos e sua família terem se afastado desde que as crises começaram:

Comecei a ouvir vozes e a ver vultos e tinha uma filha para cuidar de 6 anos de idade. Tentei me matar, mas a minha filha me salvou da morte. Isso interrompeu a minha vida. Após o ocorrido a minha família afastou-se de mim, fiquei sozinha cuidando de mim e de uma criança de 6 anos.

Kinoshita (2001) explica que, nas relações sociais, para que haja uma troca, cada indivíduo necessita se apropriar de algum valor que lhe concede um poder contratual. A partir do momento em que o sujeito recebe o rótulo de doente mental, ele se esvazia de qualquer valor impossibilitando-o de realizar qualquer intercâmbio como sujeito atuante na sociedade. O sujeito, então, passa a se tornar um objeto inútil e insignificante (Kinoshita, 2001).

Helena relata sua experiência de discriminação em decorrência do estigma:

Sofri muita discriminação por parte das pessoas que me conheciam, amigos parentes e vizinhos. Mas o que me deixou muito triste foi o padre da minha paróquia ter tirado o meu cargo de zeladora da Mãe Peregrina Três Vezes Admirável.

Lobosque (2001) traz em sua obra sobre serem reservados a indivíduos em sofrimento psíquico espaços de violência e segregação pautados nas relações de poder. É atribuído ao dito louco, um lugar de passividade perante a sociedade, onde são esvaziados de qualquer potencial de produção, de responsabilidade são considerados incapazes e inválidos.

A fala sobre a filha é um dos fatores mais presentes no decorrer da narrativa de Helena. A filha assume o papel de cuidado e persistência perante Helena, que Helena relata não ter recebido de mais ninguém:

[...] todo mundo se afastou, a única que ficou do meu lado foi a minha filhinha de 9 anos, já pensou? A barra que ela passou. Muito nova, mas foi maldade da minha família.

Helena demonstra sentir falta de ter sido compreendida por amigos e familiares, que deixaram de vê-la como sujeito de valor, reduzindo-a a um diagnóstico e seus efeitos negativos. Além disso, a filha foi fator importante para a reorganização de Helena:

A partir do tratamento no CAPS eu comecei a melhorar, não só com os remédios mas com as terapias também. Comecei a reorganizar a minha vida. Primeiro em casa com a minha família: eu e minha filha. E minha filha se sentiu segura e confiante e passou a confiar na minha sanidade.

Ainda sobre o afastamento e a ausência de cuidado de amigos e família, Helena traz a importância do suporte da rede de familiares e amigos a partir de trocas de experiências – e relata como coloca em prática com outras pessoas esse tipo de ajuda que tanto faltou a ela quando mais precisou:

[...] porque eu já vivi tanto na saúde mental que às vezes eu olho pra pessoa e sei o que que ela sentindo. [...] E aí eu converso com uma pessoa, converso com outra...eu ajudo. Sabe por que que eu ajudo? Porque eu não fui ajudada, a única pessoa que me ajudou foi a minha filha e ela tinha 9 anos. Ela poderia ter adoecido também e eu consegui criar ela sozinha e doente e ela me ajudou. Eu não tive ajuda de amigos, minha casa era cheia de amigos e churrasco e de cerveja, eles se afastaram, minha família se afastou de mim [...].

Essa descrição e seu relato me fazem pensar no conceito de ajuda mútua, trazido por Vasconcelos (2014) como uma estratégia para o empoderamento.

Apesar de ter relatado situações em que sofreu em decorrência do estigma, ao ser questionada por mim se já ocorreu de ser rotulada como louca e, caso tenha acontecido, se esse rótulo a incapacitou de algo, ela responde:

Não, porque o bombeiro ia me pegar na porta lá de casa, me levava pro manicômio...aí chegava no manicômio e eu conversava com o psiquiatra e olhava nos

olhos dele como eu tô olhando nos seus olhos. Ele dizia assim: tá de alta, cê tá bem, cê não precisa ficar aqui. Aí eu voltava pra casa e cumprimentava a vizinhança: e aí, tudo bem? Tudo bem! Estou bem, de cabeça erguida.

Pode-se notar com a resposta de Helena que, apesar de ter vivenciado uma experiência de estigma - ser considerada a louca da rua, os vizinhos acionarem os bombeiros, entre outras experiências - ela não se permite ser estigmatizada, ela se mantém de cabeça erguida.

4.2.2 A reabilitação e a reinserção social.

Kinoshita (2001) aborda o conceito de reabilitação como um resgate dos valores atribuídos ao sujeito, que possibilitam seu poder. Refere-se a “criar as condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma maneira participar do processo de trocas sociais [...]” Kinoshita (2001, p. 56), o que propicia a produção de autonomia do sujeito.

O relato de Helena, em diversos momentos evidencia o desenvolvimento de sua autonomia¹:

Minha família queria esconder a minha tentativa de suicídio, não conseguiram. Porque chegou no hospital, a minha irmã chegou a falar pro médico que foi um acidente e eu disse: a minha irmã chegou a falar pro médico que foi um acidente e eu disse: não foi acidente não, eu que me cortei, eu me furei todinha com a faca. Então eu nunca escondi. Eu acho que é por isso que a minha vizinhança me trata bem e eles ficam procurando: “onde é que cê trata, que a gente quer levar os nossos também, porque você melhorou”. [...] Então eu sempre assumi a minha doença porque eu sempre tive na mente que o meu cérebro fazia parte do meu corpo e que ele merecia ser tratado também e que as pessoas tinham que me engolir.

¹ “Entendemos autonomia como a capacidade denúncia indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência” (Kinoshita, 2001, p.57).

Quando suas crises se iniciaram, Helena foi submetida a um suposto tratamento em um hospital psiquiátrico. A dinâmica, a forma de funcionamento e das relações dentro deste hospital descritas por Helena a partir de suas experiências de internação, demonstram que a instituição manicomial impede o desenvolvimento dessa autonomia e exclui o sujeito da sociedade:

Fui para o manicômio muitas vezes, saí de lá pior. [...] É porque é fechado, é como se fosse uma prisão. Nós ficamos trancafiados lá. Uma coisa que eu não gosto é de ficar trancada. Eu acho que ninguém gosta. Eu ficava apreensiva, eu ficava nervosa. [...] Lá eu não conseguia me impor não. Eu me impunha com o médico, quando o médico me chamava aí pronto, eu pensava assim: chegou o meu momento. Mas eu não conseguia me impor com uma outra classe de profissionais.

Após algumas internações nesse hospital psiquiátrico - ao qual não especificou quanto tempo durou, nem quantas foram - há cinco anos, Helena foi encaminhada a um CAPS, onde está inserida até hoje. Nele, passou a frequentar terapias e vivências que, unidas às medicações, deram a ela ferramentas para aprender a lidar com seu transtorno:

Aprendi a lidar com os sintomas da minha bipolaridade. Observei os altos e baixos como euforia e depressão. Aprendi passando por vários remédios, a maioria me fazendo mal, apontando para o médico para que ele fizesse o acerto até há 5 anos estou estabilizada. [...]Pra mim eu superei, eu me sinto curada. Eu atingi o grau de cura. Eu sei que eu não posso ficar sem a medicação, porque meu problema é crônico, é pro resto da vida, mas não tem problema. [...]Então eu me sinto muito bem, eu estou bem, estou curada.

Os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – existem como proposta de serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. Articulados com os demais serviços de saúde e contando com apoio de redes sociais, os CAPS atuam em uma dimensão multiprofissional, com atendimento em regime de atenção diária envolvendo atendimentos clínicos médicos e psicológicos, oficinas, grupos de fala e grupos de vivências buscando atuar em todos os setores da vida do sujeito, promovendo autonomia, qualidade de vida e reinserção social (Brasil, 2004b).

Helena complementa sobre a importância do CAPS e como ajudou a criar condições para reaver seu valor que recupere seu poder contratual, novamente relacionado à autonomia e reabilitação, conceitos trazidos por Kinoshita (2001):

[...] então eu busco tudo, eu faço parte de um grupo [...] então nós saímos na segunda feira pra buscar coisas fora do CAPS, pra trazer pra dentro do CAPS para que os usuários saiam e procurem atividades fora do CAPS. Então, eu gosto desse grupo porque o CAPS ... a proposta do CAPS não é a de manicômio que a gente tem que ficar pro resto da vida, a gente vai entrar e vai sair. Eu vou sair um dia também, vou bater asa também.

Ainda sobre autonomia, reabilitação e reinserção social, agora como superação do estigma, Helena complementa:

Eu lidei com a situação da seguinte forma: me impondo, mostrando a essas pessoas citadas que eu tinha uma doença como outra qualquer, agora a vizinhança me pergunta como se faz para chegar ao nível que eu cheguei de estabilização e dizem que querem levar parentes para tratar no CAPS. Estou sendo referência de tratamento. Então eu venci o estigma, pelo menos lá.

4.2.3 O poder da fala e o empoderamento.

Um dos dois pontos principais deste estudo, o silenciamento, foi mencionado de forma recorrente na narrativa de Helena, mas não utilizando esse termo especificamente. A questão surgiu diversas vezes no decorrer de seu discurso como o poder da fala que ela possui – e sempre possuiu – e como isso a empodera.

Desde pequena que eu sempre tive facilidade de comunicação. Minha mãe falava assim: você fala mais do que um papagaio. Mas eu sempre tive o poder de convencer as pessoas, com delicadeza, com classe, entendeu? Então, pra mim eu consigo atingir tanto os profissionais, como os pacientes.

De acordo com Foucault (1996), ocorre em uma relação de oposição entre razão e loucura a partir do momento em que se tornou doença mental e, portanto, ocorreu o silenciamento. É possível, a partir disso, retomar a questão levantada por Kinoshita (2001) quanto ao valor social que se atribui ao sujeito a partir da lógica de que, quando surge o rótulo de doença mental, a troca de mensagens se torna incompreensível e ele se torna inválido para a sociedade.

A partir da pontuação de Foucault e da ideia de que tanto os manicômios físicos quanto os manicômios mentais silenciam o sujeito em sofrimento psíquico (Pelbart, 2001), Helena surpreende ao dizer que nunca foi silenciada:

Não. Nunca. Desde o início. Eu sempre me impus pra que todos me engolissem e é através da fala, eu falo.

Esse trecho de sua narrativa contrasta tanto com o apanhado histórico relatado na construção teórica deste estudo, quanto na própria fala de Helena sobre suas internações no hospital psiquiátrico, em alguns momentos:

Eu não conseguia me impor com os determinados profissionais, porque eles são brutos com a gente. Às vezes eu pedia, solicitava alguma coisa e eles nem olhavam pra mim. [...]

Ao ser questionada sobre qual o sentimento gerado diante desse silenciamento, Helena conta:

Muito triste. Porque eu tenho o dom da palavra e eu não conseguia convencê-los.

Em contrapartida, nessa mesma instituição manicomial, outra classe de profissionais valorizava sua voz e a empoderava:

Agora com médico eu conseguia. No dia seguinte, eu acordava, tomava meu banho...oh, como é que eu sou danada...eu tomava meu banho, tomava meu café da manhã porque o médico observa se o paciente tomou banho. Aí as enfermeiras gente boa que tem lá maquiavam a gente. Aí eu chegava na frente do médico toda bonita e olhava nos olhos dele. Aí o médico sorria pra mim e dizia: vou te perguntar uma coisa, você acha que tá pronta? Eu falei assim: agora! Demorou! Aí ele assinava: alta!

Ocorre em seguida mais uma tentativa de silenciamento e retirada de autonomia e vontade própria de Helena, vindo de um outro personagem, dessa vez dentro da sociedade e de sua própria casa. Porém, mais uma vez, os médicos devolvem a ela o poder da fala:

[...] aí a minha irmã, [...] eu saía do hospital psiquiátrico e ela dizia que eu não estava pronta. [...] Então se eu chorasse em casa ela falava pra minha filha: chama o bombeiro, chama o SAMU. Aí não adiantava porque quando eu batia no hospital e olhava nos olhos do médico... e o médico: pronto, essa mulher tá bem! Porque eu olho nos olhos e converso.

Esses trechos da narrativa de Helena que descrevem situações em que ela foi empoderada por meio de sua fala, corrobora com o conceito de *empowerment* desenvolvido por Vasconcelos (2003), descrito no capítulo dois do presente estudo.

Por fim, Helena cita duas experiências bastante significativas que ocorreram recentemente, onde se sentiu empoderada por meio de sua fala. A primeira experiência foi uma entrevista dada para a Fiocruz, seguida de um bate-papo na UnB. Nessa experiência teve a oportunidade de representar o CAPS em que está inserida hoje como voluntária, por se encontrar em fase de recuperação:

Eu contribuí [...] eu fui indicada pelo CAPS pra ser entrevistada. Pra perguntarem sobre o funcionamento do CAPS, as coisas boas e as coisas ruins. Eu só contei coisa boa. Eu falei: se existe coisa ruim aqui no CAPS, é porque a demanda é muito grande... É muita coisa. E aí eu fui convidada pra um bate papo na UnB lá da Asa Norte com a Fiocruz. [...] nós fizemos uma roda de bate-papo e eu falei bastante. Aí a psicóloga do CAPS disse pra pessoa da Fiocruz [...] que eu era uma pessoa que tava...que ajudava já o CAPS, que eu já tava numa fase assim que eu não era mais usuária, que eu já tava em outra fase. Aí eu falei bastante, me comuniquei bastante.

Esse trecho, além de evidenciar a importância de valorizar a fala do sujeito com transtorno mental, também corrobora com os dados trazidos pelo Relatório de Gestão Anual da SES-DF, que faz um alerta para a necessidade de melhora nos serviços de saúde mental, chamando atenção para a baixa cobertura dos CAPS no DF (Distrito Federal, 2018).

A segunda experiência diz respeito à sua participação na II Jornada Acadêmica de Saúde Mental Interdisciplinar, a convite de residentes do CAPS onde está inserida:

Aí eu fiz um...eu escrevi num papel como eu escrevi aqui tudo o que eu ia falar. Mas sabe o que que aconteceu? Quando eu cheguei na Jornada eu nem precisei da foto. Aí eu fui falando, falando, falando [...] eu falei da minha cura, eu falei dos grupos que

eu participo no CAPS, das práticas integrativas que eu participo, dos grupos que eu havia participado, falei do grupo de pausa feminina que eu e uma residente fundamos no CAPS: um momento feminino. Mas agora eu já saí, porque eu já dei a minha contribuição e eu entrei pra biodança, que é uma coisa que tá mexendo muito comigo, a biodança. Então foi muito bacana essa trajetória e eu acho que daqui pra frente vão me chamar pra mais coisas.

Além dos conceitos já trabalhados até aqui na análise, esse trecho abarca outras estratégias trazidas por Vasconcelos (2003) como importantes para o desenvolvimento do empoderamento: *transformação do estigma e dependência na relação com a loucura e o louco na sociedade e participação no sistema de saúde e saúde mental*. Ambos estão relacionados à importância da participação de um usuário do serviço de saúde mental, como prática que valoriza “o ponto de vista, o testemunho e a voz” (p. 241) dos indivíduos que estão ou já estiveram em sofrimento psíquico.

Por fim, corroborando com Vasconcelos (2014) no que tange à utilização das narrativas pessoais como estratégia de empoderamento do sujeito, Helena expressa seu contentamento ao participar dessa monografia:

[...] por isso que quando você me convidou pra essa entrevista, eu achei ótimo, eu pensei: eu vou contribuir de alguma forma pra ajudar a Karol e pra passar pras outras pessoas a minha vivência e sobrevivência.

4.2.4 O protagonismo e a recuperação.

Protagonismo refere-se a um processo de representação política e social que o sujeito vivencia em decorrência de conquistas advindas de movimentos de empoderamento (Torre & Amarante, 2001).

A exemplo de seu protagonismo, Helena traz em seu discurso o seu trabalho como voluntária no CAPS:

Eu fui convidada por uma assistente social do CAPS a conduzir o grupo dela de educação e cidadania no momento em que ela está ausente, aí eu topei [...] a gente fala sobre política e cidadania. É uma coisa que me interessa muito, que eu gosto de me manter bem informada. [...]Então, isso gerou o meu trabalho de voluntária. Meu voluntariado também, é dirigir grupos, mas também é servir o café da manhã e também é ajudar até a pessoa da limpeza a carregar um saco de lixo, porque isso também é cidadania. Eu ajudo as pessoas [...] Mas eu não sou psicóloga, tem coisa que eu digo assim, olha: já tá dentro do meu limite, eu não posso fazer mais nada, você vai ter que procurar o psicólogo ou psiquiatra. Isso aí já não dá mais pra eu fazer.

A recuperação, segundo Vasconcelos (2003), diz respeito a um processo ao qual o indivíduo que já sofreu intensamente em decorrência do transtorno mental, retorna à uma vida ativa dentro sociedade e atribua um novo sentido às suas experiências de sofrimento.

Também é frequente encontrar no discurso de Helena, elementos que a descrevem indicando que se encontra em fase de recuperação:

Do meu sofrimento eu tirei experiência e tirei coisas boas. Eu filtrei, é como se fosse um rim que filtrasse, que separasse os dejetos das vitaminas e proteínas.

Helena ainda revela seus planos e desejos para sua vida que está só começando:

As minhas perspectivas atuais é o trabalho voluntário que estou exercendo no CAPS e as futuras é continuar meus estudos. Quero fazer faculdade de Antropologia da Saúde Mental. [...] Agora, meus planos no momento...eu acho que tudo é uma consequência, porque eu estudando eu vou conhecer outras pessoas, né? E tudo é consequência, a questão de namorar é consequência. Alguém vai me ver e eu vou gostar também, mas sem essas coisas adolescentes de paixão, de coisa arrebatadora.

4.3 Reinterpretação

A partir da análise sócio-histórica e formal, unidas à construção teórica e objetivo do estudo, é possível fazer algumas reflexões. Primeiramente, sobre a ideia construída de que o manicômio é uma instituição violenta, que segrega e incapacita os indivíduos em sofrimento psíquico se confirma nos relatos de Helena. No decorrer deste estudo, trago fontes de diversos autores no campo da saúde mental que confirmam a minha perspectiva de que as instituições e toda a sociedade tende a silenciar o sujeito em sofrimento psíquico. Este silenciamento se configura a partir de poder e opressão e à desrazão que parte da oposição entre razão e loucura. O discurso de Helena mostra que, diante de suas vivências, de fato há uma exclusão social:

[...] a gente fica muito assim preso, como se fosse uma cadeia.

Mas o que mais chama a atenção é que ela não traz em sua fala a percepção de silenciamento, justamente por constatar veementemente que nunca foi silenciada:

Então eu consigo atingir essas pessoas e elas me ouvem e qualquer profissional para pra conversar comigo. Às vezes tá tão ocupado...eu falo assim: conversa comigo um minutinho, ele para, me atende... eu consigo me comunicar, eu sou muito comunicativa e não tenho timidez.

Sobre isso, há um ponto muito interessante a se destacar. Nota-se aqui um contraste em sua experiência: por um lado, todas as características das instituições manicomiais – silenciamento, violência, exclusão; por outro, com os profissionais médicos, no contato um a um, fora da enfermaria, ela se faz ouvida. Este contraste em sua experiência revela que não se trata de uma questão do psiquiatra em si, mas da desqualificação e violência gerada no hospital psiquiátrico.

Um outro ponto a se destacar é que, por mais que Helena perceba os efeitos positivos do poder se sua fala, relatando que o fato de poder falar muda a atitude das pessoas diante dela, há em sua experiência situações de abandono decorrentes do estigma:

Muda, muda a atitude das pessoas, muda a concepção, elas respeitam mais...só que se afastaram de mim, todo mundo se afastou [...] mas foi maldade da minha família.

Sua impressão, a despeito de tantas situações de violação de sua dignidade enquanto pessoa nas vivências de internação e na relação com os familiares, amigos e vizinhos, de nunca ter sido silenciada é impressionante! Não somente por ela vivenciar a superação do estigma: o que remete ao tema deste estudo se considerarmos que, o indivíduo ao estar isolado da sociedade não tem como se posicionar diante dela sendo, portanto, silenciado. Helena se empodera, atua com autonomia a despeito das circunstâncias. Ela é protagonista de sua própria vida.

Entretanto, como a recuperação é um processo, Helena diz que ainda há conquistas a serem feitas. A entrevistada relata que o hospital psiquiátrico em que foi internada por diversas vezes hoje é ainda pior em sua visão:

[...] agora tá pior, porque nem fumar pode mais. E é triste.

Em seguida, ela explica o sentido do ato de fumar e porque ela planeja ainda abandonar esse hábito:

Eu nunca fumei, eu aprendi a fumar no hospital psiquiátrico por causa dos meus momentos de solidão. Agora eu fumo pouco, mas eu vou parar, só que não é abruptamente. Porque eu vou vencer esse lado da solidão, que ainda tem os resquícios. E é isso que me faz fumar, mas eu estou bem, eu estou curada, mas ainda tem uma pontinha lá dentro que...é com o tempo, é um passo e cada vez. Como eu citei aqui, né? Que é um passo de cada vez, é um degrau. Eu tô subindo os degraus.

Antes eu subia os degrais e caía, mas eu recomeçava de novo. Agora eu tô fazendo assim: quando eu caio em alguma coisa, nos meus degraus, eu sento num degrau e descanso. Porque não adianta subir e descer, subir e descer...porque cansa. Aí eu sento, descanso, avalio... e eu tô subindo, subindo mesmo.

Essa fala não só enfatiza seu processo de recuperação, mas também a presença intensa de seu empoderamento, que também está presente no seu discurso em que ela descreve estratégias desenvolvidas por ela mesma.

Estratégia 1, a fé:

E a minha fé também me curou, porque não adianta você tomar remédio e fazer terapia se você não tem fé e Deus, Deus é muito presente na minha vida. Eu sou católica, eu fui expulsa da minha paróquia como eu te falei no relato aqui que o padre não me aceitou, aí eu fui pra outra, eu não desisti da minha fé, fui aceita em outra. Atualmente eu mudei de paróquia, onde não sou estigmatizada. [...] eu já conversei com o padre aqui várias vezes, ele é bacana, me acolheu...eu sou solteira, eu nunca casei, eu vivi com meu marido maritalmente. Aí eu conversei com o padre, eu falei: olha, eu tenho vontade de encontrar alguém, me casar... ele falou: você pode se casar. E eu falei pra ele que eu era casta, aí ele me disse que isso era penitência, que isso era destinado a padres e freiras, que eu não era padre e não era freira...se você encontrar alguém que você ame, porque não? Menina, eu caí a cara, fiquei de cara com um padre falar isso. Ele falou: você não é freira.

Estratégia 2, atividade física:

[...] eu gasto 40 minutos pra chegar no CAPS porque eu faço caminhada. Eu venho andando porque me faz bem, é um exercício físico, porque libera hormônio, dá saciedade, dá alegria, então eu pratico atividade física.

Estratégia 3, alimentação:

[...] eu procuro me alimentar com pouco açúcar e pouco carboidrato e mais frutas e verduras e a medicação ajuda nesse equilíbrio e a minha glicemia tá em dia.

O empoderamento leva o indivíduo a desenvolver uma vida ativa perante o mundo da forma que ele julgar melhor para si mesmo, assim como Vasconcelos (2014, p, 149) pontua que “há mil maneiras de estar no mundo e de reinventar a saúde e a vida, apesar da experiência de transtorno”.

Para finalizar este estudo, trago a estratégia 4 desenvolvida por Helena.

Estratégia 4, reconhecer seu valor e mostrar isso ao mundo:

Lições que aprendi? Nunca desistir de si mesma, erguer a cabeça, mostrar ao mundo que a pessoa com transtornos mentais tem seu lugar na sociedade. [...] tomar posse de si mesmo. [...] Finalizando digo o seguinte: é um passo de cada vez. [...] Hoje eu me sinto uma jovem, eu me sinto uma jovem da sua idade. A minha vida tá só começando.

Considerações finais

No presente estudo foi possível fazer uma breve revisão histórica sobre as construções culturais referentes à loucura e como a sociedade se relacionou com ela à medida em que os conceitos foram mudando. Foi visto que a loucura somente foi silenciada quando se tornou doença mental, no final do século XVIII. A partir daí foi exposto como as relações de poder e a valorização de um certo modo de produzir ciência criou uma sociedade em que indivíduos em sofrimento psíquico fossem vistos apenas como instâncias doentes e como isso subtraiu sua integridade. Apesar de atualmente a saúde mental no país viver um retrocesso, o movimento da reforma psiquiátrica possibilitou grandes mudanças nesses serviços e, consequentemente, na qualidade de vida desses sujeitos.

A narrativa pessoal de Helena mostrou diversas vezes os efeitos dessas mudanças. Após perdas significativas e outras situações que a levaram a grande sofrimento, suas primeiras crises se manifestaram levando-a a um abandono de amigos e familiares e várias internações em um hospital psiquiátrico do DF. O sofrimento que já existia, se intensificou com as crises e foi possível viver uma realidade ainda pior durante a após as internações, onde saía muito pior do que havia entrado. Ao ser inserida em um CAPS, fez novos amigos e conheceu profissionais que realizaram um trabalho voltado para sua reinserção social e ressignificação de sua vida.

Pode-se notar que até em situações de estigma e silenciamento ela pontua que nunca esteve nessa condição. Isso deve-se ao seu empoderamento ser tanto que ela não se deixa ser estigmatizada. Outros exemplos disso são vistos no decorrer de seu discurso quando relata sobre estar sempre de cabeça erguida, dar apoio a outras pessoas que estejam vivenciando situações iguais ou semelhantes às que já viveu, estar inserida hoje no CAPS como voluntária, frequentar uma igreja de sua escolha, planejar cursos profissionalizantes, participar de eventos no campo da saúde mental, entre outros.

Dentre os objetivos traçados na introdução desse trabalho, tem-se como resultado, diante da narrativa construída por Helena, que há uma percepção de empoderamento de si mesma perante sua jornada desde o início de suas crises de sofrimento psíquico até os dias atuais, onde se encontra em fase de recuperação. Helena sente-se como sujeito de voz ativa na sociedade e nota que sua fala é valorizada, além de sua perspectiva que essa realidade tende a melhorar, já que começou a dar entrevistas e participar de palestras e rodas de conversas no campo da saúde mental e também hoje exerce o papel de voluntária dentro do CAPS. Ela acredita que muitos outros convites ainda virão

Helena pontua que a participação nessa monografia é mais uma conquista e avanço no seu processo de empoderamento e que aqui, por meio da fala, foi possível contribuir e passar adiante suas experiências de vivência e sobrevivência.

Concluo, portanto, que apesar do estigma ainda estar presente na sociedade e vivermos atualmente um retrocesso nos avanços da saúde mental no país, é possível e necessário seguir na luta de superação ao manicômios – físicos e mentais - e seus efeitos. Estimular e valorizar a voz dos sujeitos que um dia foram silenciados, contribui veementemente para o fortalecimento de seu empoderamento e processo de recuperação.

Referências Bibliográficas

- Amarante, P. & Oliveira, W. F. (2004, abril/junho). A inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento de reforma psiquiátrica e perspectiva de integração. *Dynamis revista tecno-científica*, 12 (47), 6-21.
- Amarante, P. (2017). *Teoria e Crítica em Saúde Mental: Textos Seleccionados*. São Paulo: Zagodoni. (Obra originalmente publicada em 2015).
- Basaglia, F. (2001) *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal. (Obra originalmente publicada em 1968).
- Braga, F. W. (2012). *A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave*. Dissertação de Mestrado. Brasília, DF.
- Brasil. (2001). *Lei n. 10.216, de 06 de Abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm
- Brasil, Câmara dos Deputados. (2013). *Projeto de Lei da Câmara n. 37, de 2013*. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Recuperado de <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/113035>

Brasil, Ministério da Saúde. (2004). Saúde mental no SUS: os centros de atenção

psocossocial. Retirado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2016). Relatório de Gestão Secretaria de Atenção à Saúde 2015.

Retirado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2015-Final.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde. (2018). Relatório de Gestão Secretaria de Atenção à Saúde 2017.

Retirado de

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>

Brasil, Senado Federal. (2019). *Lei n. 13.840 de 5 de junho de 2019*. Dispõe sobre o Sistema

Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

Recuperada de <https://legis.senado.leg.br/norma/30990050/publicacao/31005723>

Demo, P. (2006). *Pesquisa e Informação Qualitativa: Aportes Metodológicos*. São Paulo:

Papirus.

Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde. (2018). *Relatório Anual de Gestão 2017*.

Retirado de http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/RAG-2017_CSDF_10.12.2018.pdf

Faleiros, E. T. S, Campos, T. P. M. & Faleiros, V. P. (2017). *Portas abertas à loucura*.

Curitiba: Appris.

Flick, U. (2009). *Métodos de pesquisa: Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre:

Artmed.

Foucault, M. (2002). *Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*. Rio

de Janeiro: Forense Universitária. (Obra originalmente publicada em 1994).

- Foucault, M. (2004). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva. (Obra originalmente publicada em 1972).
- Foucault, M. (2010). *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. São Paulo: Loyola. (Obra originalmente publicada em 1971).
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva S. A. (Obra originalmente publicada em 1961).
- Goulart, D. M. (2013). *Institucionalização, subjetividade e Desenvolvimento Humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental* (Dissertação de mestrado). Centro Universitário de Brasília. Brasília, Distrito Federal.
- Kinoshita, R. T. (2001). Contratualidade e reabilitação psicossocial. Em A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 55 – 59). São Paulo: Hucitec.
- Lima, M. G., & Silva, G. B. (2004). A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (5), 591 – 595.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lüchmann, L. H. H & Rodrigues, J. (2007). O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (2), 399-407.
- Manzini, E. J. (2012). *Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros*. Conclusão de Pós-graduação. Unesp – Universidade Estadual Paulista, São Paulo, São Paulo
- Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema

Único de Saúde (SUS). Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Ministério da Saúde. (2012). *Resolução n. 466, de 10 de dezembro de 2012*. Do Plenário do

Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária. Recuperada de

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Ministério da Saúde. (2012). *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Do Plenário do

Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária. Recuperada de

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Ministério da Saúde. (2017). *Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017*. Estabelece as

Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Recuperada

de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>

Ministério da Saúde. (2017). *Portaria n. 3588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as

Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a

Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Recuperada de

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas & Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2019).

Nota Técnica nº 11 de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional

de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Recuperado de

https://drive.google.com/file/d/13by1kfwEhYmJn8cOhse86bG_RtEDb-v8/view

Movimento Pró Saúde Mental do DF (MPSMDF). (2013). Como anda a Saúde Mental na

capital do país? Uma amostra da realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito

Federal: contra o pessimismo da razão, o otimismo da ação. Brasília: MPSMDF.

- Musse, L. B. (2008). *Novos sujeitos de direito: As pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Oliveira, F. G. V. C., Carvalho, M. A. P., Garcia, M. R. G. & Oliveira, S. S. (2013). A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17 (44), 201-210.
- Pan American Health Organization. (2018). *The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas*. Retirado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275120286_eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y
- Pelbart, P.P. (2001). Manicômio mental: a outra face da clausura. Em A. Lancetti (Org.), *SaúdeLoucura 2* (pp. 131-138). São Paulo: Hucitec.
- Reboli, K. G., & Krüger, T. R. (2013). *Participação e saúde mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental*. Retirado de <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Participa%C3%A7%C3%A3o-e-Sa%C3%BAde-Mental-as-Confer%C3%A2ncias-nacionais-de-sa%C3%BAde-mental.pdf>
- Rotelli, F. (1994). Superando o manicômio - o circuito psiquiátrico de Trieste. Em P. Amarante (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (pp. 149 - 170). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados” Em F. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização* (pp. 17-60). São Paulo: Hucitec.
- Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. (2018). *Portaria n. 554, de 11 de junho de 2018*. Da Secretaria do Estado de Saúde – DF. Cria a Unidade de

Desinstitucionalização do Hospital São Vicente de Paulo e dá outras providências.

Recuperada de

https://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/e3cceb1621e4f3ab726cccab82afd2f/Portaria_54_11_07_2018.html

Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 591-595.

Torre, E. H. G. & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Revista Ciência & Saúde coletiva* 6 (1), 73-85.

Vasconcelos, E. M. (2003). *O Poder que Brota da Dor e da Opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus.

Vasconcelos, E. M., Leme, C. C. C. P., Weingarten, R., & Novaes, P. R. (Orgs.). (2014). *Reinventando a Vida: Narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. São Paulo: Hucitec. (Obra originalmente publicada em 2005).

Zgiet, J. (2010). *A Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos no processo de implementação* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal.

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Saúde Mental: do Silenciamento ao Empoderamento

Instituição dos(as) pesquisadores(as): UniCEUB – Centro Universitário de Brasília

Pesquisadora responsável [professora orientadora]: Tania Inessa Martins de Resende

Pesquisadora assistente [aluna de graduação]: Karolina Rodrigues Acácio

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

O objetivo específico deste estudo é verificar se os indivíduos em sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais se percebem empoderados, sentem-se como seres com voz ativa e avaliam como importante e eficaz para seu tratamento e qualidade de vida ter espaços de escuta ativa e empática em locais destinados a tratamento, ambientes familiares e demais meios sociais.

- Você está sendo convidado a participar exatamente por ser um indivíduo em recuperação de um sofrimento psíquico decorrente de um transtorno mental.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em falar livremente acerca da trajetória de suas vivências e tratamento do transtorno mental.
- O procedimento é feito por uma entrevista narrativa onde você é o protagonista da sua própria história e irá conta-la da forma que achar melhor.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- Em caso de gravação, filmagem, fotos, explicitar a realização desses procedimentos.
- A pesquisa será realizada no UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui baixos riscos que são inerentes do procedimento de entrevista

narrativa onde você entra em contato com memórias de questões vividas durante todo o seu tratamento.

- Medidas preventivas durante a entrevista serão tomadas para minimizar qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.
- Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre o quanto os indivíduos que vivencia
- m sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais são historicamente silenciados e como este quadro vem sendo lentamente mudado com a luta antimanicomial trazendo hoje um maior empoderamento e lugar ativo desses indivíduos na sociedade, bem como o quanto ainda este quadro pode ser mudado.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- O material com as suas informações (fitas, entrevistas etc) ficará guardado sob a responsabilidade da graduanda Karolina Rodrigues Acácio com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Os dados e instrumentos utilizados ficarão arquivados com o(a) pesquisador(a) responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/Uniceub, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de ____ de ____

Participante

Tania Inessa Martins de Resende, celular 61 99977-1763/telefone institucional 61 3966-1200

Karolina Rodrigues Acácio, celular 61 99169-2434 rodrigueskarol12@gmail.com

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Instituição: UniCEUB – Centro Universitário de Brasília

Endereço: SEPN 707/907

Bairro: /CEP/Cidade: Asa Norte/70790-075/Brasília

Telefones p/contato: (61) 3966-1200

Anexo B – Roteiro para Entrevistas Narrativas – Questões Exmanentes

“- Estamos falando de uma jornada - uma jornada que levou muito tempo, talvez muitos anos - que precisa ser contada de forma mais breve, em um depoimento de quatro a seis laudas datilografadas ou digitadas em computador.

É uma jornada que incluiu crises e sofrimentos pelos quais cada um passou. Como era então sua vida antes desses problemas mentais? Em que consistiram seus problemas mentais? Fale um pouco sobre o que a crise gerou e interrompeu na sua vida. Como estes problemas afetaram as relações com a sua família?

Acerca do tratamento (por exemplo, hospital, medicação, terapias, participação em serviços de saúde mental abertos tais como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, etc): o que ajudou? O que não ajudou? Você procurou algum tratamento alternativo ou suporte informal (como por exemplo amigos, grupos religiosos e de auto-ajuda, etc)?

Como é que você foi se restabelecendo e reorganizando sua vida? O que você aprendeu em relação a lidar com os sintomas e os efeitos colaterais dos remédios? Como a vida espiritual (se houver), a militância, o trabalho, vida familiar, participação em atividades artísticas, sociais, educacionais, etc, ajudaram neste processo?

Você sentiu alguma forma de discriminação e estigma? Como foi isso? Como lidou com isso?

Como são as suas perspectivas atuais e futuras de vida? Quais as sugestões que você daria a pessoas que ainda estão como “principiantes na jornada da vida com os problemas mentais?” Que conselhos daria?

Olhando para trás, quais os possíveis significados que você vê na sua experiência de sofrimento e de vida? A que lições de sabedoria você conseguiu chegar através dessa jornada? (Vasconcelos, 2014, p. 234)”.